

Krystyna Woźniak

Uniwersytet Rzeszowski  
e-mail: krwozniak@ur.edu.pl  
<https://orcid.org/0000-0003-3018-1079>

dr n. o zdr. Dorota Ozga

Uniwersytet Rzeszowski  
e-mail: dozga@ur.edu.pl  
<https://orcid.org/0000-0002-9457-9388>

dr hab. n. med. Marzanna Obrzut, prof. UR

Uniwersytet Rzeszowski  
e-mail: mobrzut@ur.edu.pl  
<https://orcid.org/0000-0002-1502-4254>

## Doświadczenia pielęgniarek intensywnej terapii związane z opieką nad osobami w ostatnim okresie życia w ujęciu etycznym

THE EXPERIENCES OF INTENSIVE CARE NURSES IN PROVIDING END-OF-LIFE CARE FROM  
AN ETHICAL PERSPECTIVE

### Summary

The purpose of this paper is to describe the experiences of intensive care nurses related to caring for patients in the final stages of life from an ethical perspective. The study is based on a review of the scientific literature from 2014 to 2025, including qualitative studies, systematic reviews, and clinical guidelines. The analysis examined the ethical aspects of work in intensive care units (ICUs) in the context of moral dilemmas, ethical stress, and concern for patient dignity. The results of the review indicate that ICU nurses often experience moral stress resulting from participation in life-sustaining treatment, a lack of clear ethical guidelines, and the tension between the duty to save lives and concern for the patient's welfare and dignity. The need for ethics training, systemic emotional support, and the integration of palliative care principles into intensive care units is highlighted.

**Keywords:** end-of-life care; medical ethics; intensive care nurse; moral stress; patient dignity

### Streszczenie

Celem pracy jest opis doświadczeń pielęgniarek intensywnej opieki związanych z opieką nad pacjentami w ostatnim okresie życia w ujęciu etycznym. Opracowanie oparto na przeglądzie literatury naukowej z lat 2014–2025, obejmującym badania jakościowe, przeglądy systematycz-

ne oraz wytyczne. Analizie poddano aspekty etyczne pracy w oddziałach intensywnej terapii w kontekście dylematów moralnych, stresu etycznego oraz troski o godność pacjenta. Wyniki przeglądu wskazują, że pielęgniarki oddziałów intensywnej terapii (OIT) często doświadczają stresu moralnego wynikającego z uczestnictwa w terapii uporczywej, braku jasnych wytycznych etycznych oraz napięcia między obowiązkiem ratowania życia a troską o dobro i godność pacjenta. Wskazano na potrzebę wprowadzenia szkoleń z etyki, systemowego wsparcia emocjonalnego oraz integracji zasad opieki paliatywnej w oddziałach intensywnej terapii.

**Słowa kluczowe:** opieka końca życia; etyka medyczna; pielęgniarka intensywnej terapii; stres moralny; godność pacjenta

## Wstęp

Opieka nad pacjentem w ostatnim okresie życia stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. W oddziałach intensywnej terapii (OIT), gdzie technologia pozwala na przedłużanie życia nawet w sytuacjach bez rokowań, szczególnego znaczenia nabiera refleksja etyczna dotycząca sensu terapii oraz roli pielęgniarki w procesie umierania pacjenta. Doświadczenia personelu medycznego w tym obszarze są nie tylko wyrazem zawodowego profesjonalizmu, ale również świadectwem moralnej wrażliwości i humanizmu w praktyce. Niniejszy artykuł podejmuje próbę ukazania doświadczeń pielęgniarek w kontekście etycznym, analizując badania, wytyczne i standardy postępowania w opiece końca życia (ang. *end-of-life care*)<sup>1</sup>.

Postęp technologiczny i rozwój medycyny pozwoliły na skuteczniejsze ratowanie życia, ale również postawiły przed personelem nowe wyzwania etyczne<sup>2</sup>. Pielęgniarki sprawujące bezpośrednią opiekę nad pacjentem często stają w obliczu sytuacji, w których dalsze leczenie nie prowadzi do poprawy stanu zdrowia, a jedynie wydłuża proces umierania<sup>3</sup>. Opieka końca życia w OIT wymaga od pielęgniarki nie tylko wysokich kompetencji klinicznych, ale również zdolności moralnego rozeznania, empatii i odwagi etycznej<sup>4</sup>. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), celem opieki

---

1 W niniejszej pracy pojęcie opieki końca życia odnosi się do całości działań podejmowanych wobec pacjenta w ostatnim okresie życia, przy czym opieka paliatywna stanowi jej integralny komponent, szczególnie w warunkach oddziału intensywnej terapii.

2 Tom L. Beauchamp, *Principles of Biomedical Ethics*, 8 wyd., red. James F. Childress (Oxford University Press, 2019).

3 Dorota Ozga i in., „Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study”, *Global Advances in Health and Medicine* 9 (2020), <https://doi.org/10.1177/2164956120916176>.

4 Intan Rizkianti i in., „Pengalaman Perawat Dalam Menghadapi Dilema Etik Pada Pasien Paliative Di ICU: A Scoping Review”, *MAHESA: Malabayati Health Student Journal* 5, nr 7 (2025): 3107–3121, <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i7.18922>.

jest „poprawa jakości życia pacjentów i ich rodzin poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, identyfikację, ocenę i leczenie bólu oraz innych problemów o charakterze fizycznym, psychospołecznym i duchowym”<sup>5</sup>.

Opieka końca życia stanowi integralną część opieki paliatywnej, definiowanej przez WHO jako działania ukierunkowane na poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin poprzez łagodzenie cierpienia w przebiegu chorób zagrażających życiu<sup>6</sup>.

Podczas gdy lekarze i pielęgniarki OIT sprawują opiekę nad pacjentami w stanie krytycznym, mając na celu ratowanie życia i przywracanie funkcji życiowych, dane pokazują, że co roku umiera około 20% pacjentów OIT. Część z tych zgonów wiąże się z wstrzymaniem lub przerwaniem terapii podtrzymujących życie. W takich sytuacjach rola pielęgniarek OIT ulega zmianie – z zapewniania środków podtrzymujących życie na opiekę nad pacjentem w schyłkowym, końcowym stadium choroby<sup>7</sup>.

Celem artykułu jest analiza doświadczeń pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii w opiece nad pacjentami w końcowym okresie życia, ze szczególnym uwzględnieniem dylematów etycznych oraz zjawiska stresu moralnego.

## 1. Przegląd literatury

Badania z ostatnich 10 lat wskazują, że pielęgniarki OIT doświadczają stresu moralnego, rozumianego jako wewnętrzny konflikt między wiedzą o tym, jakie działanie byłoby właściwe z punktu widzenia dobra pacjenta, a brakiem możliwości jego podjęcia<sup>8</sup>. Najczęściej wynika on z uczestnictwa w uporczywej terapii, w której działania medyczne nie przynoszą pacjentowi korzyści, a jedynie przedłużają jego cierpienie<sup>9</sup>.

---

5 Noemi Giannetta i in., „Moral Distress Scores of Nurses Working in Intensive Care Units for Adults Using Corley’s Scale: A Systematic Review”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, nr 17 (2022): 10640, <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>.

6 World Health Organization, *Palliative Care*, 5 sierpnia 2020, dostęp 3 maja 2026, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

7 Leah C. Kisorio i Gayle C. Langley, „Intensive Care Nurses’ Experiences of End-of-Life Care”, *Intensive and Critical Care Nursing* 33 (2016): 30–38, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>.

8 Fatemeh Beheshtaeen i in., „Moral Distress Among Critical Care Nurses Before and During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review”, *Nursing Ethics* 31, nr 4 (2024): 613–634, <https://doi.org/10.1177/09697330231221196>.

9 Andrzej Kübler i in., „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 46, nr 4 (2014): 220–228.

Według European Society of Intensive Care Medicine (ESICM, 2024)<sup>10</sup> decyzje dotyczące zakończenia lub ograniczenia terapii powinny być oparte na szacunku dla autonomii pacjenta, zasadzie proporcjonalności oraz interprofesjonalnym konsensusie zespołu. W polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej<sup>11</sup> oraz Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej<sup>12</sup> podkreśla się obowiązek łagodzenia cierpienia i zapewnienia choremu godnych warunków umierania. Kościół katolicki wyraźnie naucza, że człowiek ma prawo do umierania w pokoju i z godnością<sup>13</sup>, a nie do bezcelowego przedłużania życia biologicznego. Analiza nurtów etycznych oraz podejścia do opieki końca życia przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Nurty etyczne i odniesienie do opieki końca życia

Nurty etyczne	Podejście do opieki końca życia
Deontologizm (Kant)	Życie ma wartość bezwzględną; działanie moralne to działanie z szacunku dla osoby, nigdy jako środka
Utylitaryzm (Mill)	Najważniejsze jest zmniejszenie cierpienia – dopuszcza rezygnację z terapii bezcelowej
Etyka cnót (Arystoteles)	Lekarz powinien kierować się współczuciem, roztropnością i mądrością praktyczną ( <i>phronesis</i> )
Personalizm chrześcijański (Wojtyła, 1980)	Człowiek jest osobą – nie można go redukować do „organizmu”; życie jest dobrem, ale nie absolutem za wszelką cenę

Źródło: opracowanie własne.

W niniejszym opracowaniu zastosowano metodę przeglądu narracyjnego literatury, którego celem była analiza doświadczeń pielęgniarek OIT związanych z opieką nad pacjentami w ostatnim okresie życia w ujęciu etycznym oraz identyfikacja istniejących luk badawczych w tym obszarze. Przegląd obejmował publikacje naukowe z lat 2014–2025. Przeszukiwanie literatury przeprowadzono w trzech głównych bazach:

- 
- 10 Jozef Kesecioglu i in., „European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit”, *Intensive Care Medicine* 50, nr 11 (październik 2024): 1740–1766, <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>.
  - 11 Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej* (Naczelna Izba Lekarska, 2025).
  - 12 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych Wydawca, *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej* (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 2023).
  - 13 Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vitae* (Libreria Editrice Vaticana, 1995), nr 65, [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html).

PubMed, Scopus oraz Web of Science. W procesie wyszukiwania wykorzystano słowa kluczowe zgodne ze słownikiem Medical Subject Headings (MeSH), takie jak: opieka końca życia, etyka medyczna, pielęgniarka intensywnej terapii, stres moralny, godność pacjenta. Dobór publikacji miał charakter celowy i obejmował prace podejmujące problematykę stresu moralnego, terapii daremnej, opieki końca życia oraz doświadczeń personelu pielęgniarskiego OIT. Do analizy włączono dziewięć publikacji spełniających kryteria tematyczne, obejmujących badania jakościowe, przeglądy systematyczne oraz wytyczne kliniczno-etyczne. Analiza miała charakter jakościowy i polegała na identyfikacji kluczowych kategorii tematycznych oraz zagadnień etycznych obecnych w takich badaniach, jak: stres moralny, godność pacjenta, terapia uporczywa, komunikacja z rodziną oraz rola pielęgniarki w procesie decyzyjnym. Uzyskane wyniki zestawiono i poddano interpretacji w kontekście współczesnych standardów etyki medycznej i praktyki klinicznej.

Lena Palmryd i wsp. zwrócili uwagę na pojęcie godności osoby jako nadrzędnej wartości, w tym na poszanowanie pacjenta w procesie umierania<sup>14</sup>. Pielęgniarki OIT podają, że techniczne podtrzymywanie życia nie zawsze służy dobru chorego. Etyka personalistyczna i kodeksy zawodowe (Kodeks Etyki Lekarskiej, Kodeks Pielęgniarki i Położnej) podkreślają, że człowiek ma prawo do „umierania w pokoju i z godnością”, a nie do cierpienia przedłużanego przez procedury terapeutyczne. Etyczne działania nie zawsze polegają na ratowaniu, ale czasem na towarzyszeniu, łagodzeniu cierpienia i zapewnieniu pacjentowi prawa do spokojnej śmierci. Pielęgniarki często doświadczają stresu moralnego z powodu wykonywanych procedur, które uznawane są za daremne. W etyce jest to konflikt między zasadą dobroczynności („czynić dobro”) a zasadą autonomii i nieszkodzenia („nie zadawać cierpienia, respektować wolę pacjenta”). W praktyce OIT oznacza to rozdźwięk między poleceniem „ratować za wszelką cenę” a osobistym przekonaniem, że „teraz ważniejsze jest godne odejście pacjenta”. Pielęgniarki kierują się etyką troski (*ethics of care*), czyli relacyjnym podejściem do pacjenta: obecność, empatia, współczucie, dialog z rodziną. To przeciwstawia się „etyce technicznej”, skupionej na procedurach i parametrach życiowych. Troska staje się fundamentem humanizacji medycyny, wprowadza element duchowości i emocjonalnego kontaktu w środowisku zdominowanym przez technologię<sup>15</sup>.

Etyka współczesnej intensywnej terapii wymaga, by decyzje dotyczące zakończenia leczenia były interdyscyplinarne – podejmowane wspólnie przez zespół interprofesjonalny. Pielęgniarki są jednak pomijane w procesie decyzyjnym, mimo że to one spędzają

---

14 Lena Palmryd i in., „Integrity at End of Life in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Nurses' Views”, *Annals of Intensive Care* 11, nr 1 (2021), <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00802-y>.

15 Palmryd i in.

z pacjentem najwięcej czasu. Etycznie dojrzały system ochrony zdrowia powinien tworzyć komisje etyczne lub konsultacje moralne, zapewniać superwizje i debriefingi etyczne, jak i chronić personel przed wypaleniem moralnym (*moral burnout*). To przesuwają refleksję etyczną z poziomu „co czuje jednostka” na „jak organizacja wspiera dobre decyzje moralne”. Etyczne podejście różni się w zależności od kultury, np. w krajach muzułmańskich rodzina decyduje o zakończeniu leczenia, w kulturze zachodniej nacisk kładzie się na autonomię pacjenta. Etyka opieki końca życia powinna zatem uwzględniać kontekst duchowy, kulturowy i religijny, ale zawsze w duchu szacunku dla człowieka jako osoby<sup>16</sup>. W omawianej literaturze podkreśla się znaczenie rozwijania moralnej odporności (*moral resilience*) – zdolności do zachowania integralności etycznej mimo stresu i presji. Tę odporność można budować poprzez edukację etyczną, otwartą komunikację w zespole czy refleksję nad własnymi wartościami. To kluczowy kierunek w rozwoju współczesnego pielęgniarstwa. Podobnie wypowiadali się naukowcy z Wuhan University, którzy opisali doświadczenia pielęgniarek OIT, ich dylematy moralne, stres etyczny oraz znaczenia godności pacjenta w praktyce klinicznej<sup>17</sup>.

Jak już wcześniej powiedziano, współczesna medycyna pozwala na przedłużanie życia nawet w sytuacjach bez rokowań. To rodzi pytanie o granice terapii i sens podejmowania działań, które nie poprawiają jakości życia. Pielęgniarki OIT, pracując najbliżej chorego, doświadczają konfliktów etycznych między nakazem ratowania życia a potrzebą łagodzenia cierpienia. Zwrócono uwagę na takie aspekty, jak stres moralny jako główne doświadczenie pielęgniarek, wynikający z uczestnictwa w terapii uporczywej i ograniczonego wpływu na decyzje o zakończeniu leczenia, a także na godność pacjenta – uznawaną za nadrzędną wartość etyczną, utożsamianą z poszanowaniem jego autonomii, intymności i prawa spokojnego odchodzenia. Brak jest systemowych procedur – zarówno w Polsce, jak i w innych krajach – oraz jasnych wytycznych dotyczących postępowania w sytuacjach bez rokowań<sup>18</sup>.

W analizowanych publikacjach badano potrzebę edukacji i wsparcia – rozwój etyki klinicznej, superwizje oraz szkolenia z komunikacji, które mogą ograniczyć stres moralny i poprawić jakość opieki. Etyka troski, która opiera się na relacji, empatii i obecności przy pacjencie, jest coraz częściej opisywana w literaturze<sup>19</sup>. Autono-

---

16 Palmryd i in., „Integrity at End of Life in the Intensive Care Unit”.

17 Dan-Dan Xu i in., „Experiences of Providing End-of-Life Care in Adult Intensive Care Units: A Qualitative Study”, *BMC Nursing* 24, nr 1 (2025): 768, <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03340-1>.

18 Xu i in., 768.

19 Xu i in., 768.

mia pielęgniarek, rozumiana jako możliwość współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji klinicznych oraz współodpowiedzialność zespołu terapeutycznego implikują konieczność wspólnego procesu decyzyjnego. Jednocześnie odpowiedzialność systemowa odnosi się do instytucji ochrony zdrowia, które tworzą warunki organizacyjne, proceduralne i etyczne, umożliwiające podejmowanie tych decyzji. Instytucje powinny wspierać personel w refleksji moralnej i zapewniać warunki do etycznego działania oraz moralną odporność. Etyczna opieka w intensywnej terapii nie sprowadza się jedynie do podtrzymywania życia, ale obejmuje także ochronę godności człowieka i towarzyszenie mu w granicznym momencie istnienia<sup>20</sup>. Naif H. Alanazi opisał doświadczenia pielęgniarek OIT w Arabii Saudyjskiej w zakresie opieki nad pacjentami znajdującymi się w końcowym stadium życia. Analizował, jakie czynniki etyczne, emocjonalne i kulturowe wpływają na sposób sprawowania opieki oraz jak pielęgniarki radzą sobie z dylematami moralnymi<sup>21</sup>. Zwrócił uwagę na cztery tematy: (1) emocjonalne obciążenie i stres moralny, jakich pielęgniarki doświadczały, w tym poczucie bezradności i smutku z powodu daremnych wysiłków przedłużania życia, które nie przynosiły poprawy stanu pacjenta. (2) Konflikt wartości, gdy personel często znajdował się pomiędzy obowiązkiem zawodowym a osobistym przekonaniem, że dalsze leczenie nie jest już etyczne. Również i w tym badaniu zwracano uwagę na (3) wpływ czynników kulturowych i religijnych, gdzie decyzje o zakończeniu terapii były silnie uwarunkowane przez normy islamskie i rodzinne; rodziny pacjentów często nalegały na kontynuację leczenia, wierząc, że życie należy pozostawić w rękach Boga. Pielęgniarki OIT wskazywały również na (4) potrzebę wsparcia etycznego i komunikacyjnego, w tym m.in. na brak szkoleń z etyki i trudności w komunikacji z rodzinami pacjentów w zakresie spraw dotyczących śmierci i procesu umierania. Pielęgniarki OIT w Arabii Saudyjskiej znajdują się w trudnym położeniu między wymogami medycyny technologicznej a wartościami etycznymi i duchowymi<sup>22</sup>. Opieka w końcowym etapie życia w kulturze islamskiej ma silny wymiar duchowy; decyzja o zakończeniu terapii bierze pod uwagę nie tylko względy medyczne, ale też moralne i religijne.

Autorzy analizowanych artykułów podjęli próbę syntetycznego zestawienia badań na temat doświadczeń pielęgniarek pracujących na OIT po śmierci pacjenta<sup>23</sup>.

---

20 Xu i in., 768.

21 Naif H. Alanazi, „Intensive Care Unit Nurses’ Experiences in Caring for End-of-Life Patients in Saudi Arabia: A Qualitative Study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 21, nr 7 (2024): 931, <https://doi.org/10.3390/ijerph21070931>.

22 Alanazi.

23 Melissa J. Bloomer i in., „‘Time and Life Is Fragile’: An Integrative Review of Nurses’ Experiences After Patient Death in Adult Critical Care”, *Australian Critical Care* 36, nr 5 (2023): 872–888, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.008>.

W analizie uwzględniono 36 artykułów, odpowiadających 35 badaniom z 20 krajów. W badaniach uczestniczyło 1687 pielęgniarek. W wyniku analizy wyodrębniono trzy tematy doświadczeń pielęgniarskich po śmierci pacjenta: (1) opieka pośmiertna (*post-mortem care*), czyli działania pielęgniarek wobec ciała zmarłego, szacunek dla zmarłego, przygotowanie do procedur pośmiertnych. (2) Wsparcie dla rodzin w żałobie. Pielęgniarki angażowały się w opiekę nad rodziną pacjenta po śmierci, napotykając na presje systemowe, ograniczenia kadrowe i proceduralne oraz emocjonalne reakcje pielęgniarek, takie jak: doświadczenie żalu, poczucie winy, frustracji, a także mechanizmów radzenia sobie i potrzeb wsparcia (zarówno formalnego, jak i nieformalnego)<sup>24</sup>. Zwrócono uwagę, że (3) opieka końca życia oraz doświadczenia związane ze śmiercią pacjenta nie kończą się w momencie jego zgonu – etap pośmiertny pozostaje istotny dla rodziny pacjenta oraz dla personelu medycznego, który uczestniczy w procesie opieki. Istnieje konieczność zapewnienia pielęgniarkom formalnej edukacji oraz wsparcia, obejmujących dostęp do szkoleń, możliwość refleksji nad doświadczeniami klinicznymi oraz rozwijanie i stosowanie mechanizmów radzenia sobie z obciążeniem emocjonalnym. Pielęgniarki OIT muszą być przygotowane nie tylko na techniczne aspekty procesu umierania pacjenta, ale również na jego konsekwencje emocjonalne i moralne<sup>25</sup>. Autorki z Turcji opisały doświadczenia pielęgniarek OIT związane z opieką nad pacjentami umierającymi<sup>26</sup>. W badaniach jakościowych wyodrębniono cztery główne tematy: emocje towarzyszące pierwszemu zgonowi pacjenta; uczucia i myśli o wpływie śmierci; trudności w opiece; metody radzenia sobie z sytuacją śmierci<sup>27</sup>. Pielęgniarki wskazywały, że pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta wiąże się z silnymi reakcjami emocjonalnymi, poczuciem nieprzygotowania oraz refleksją nad własną rolą i odpowiedzialnością zawodową. Doświadczenie to często rodzi pytanie: „czy zrobiłam wszystko, co mogłam?”, co odzwierciedla etyczne napięcie między obowiązkiem profesjonalnym a ograniczeniami wynikającymi z realiów praktyki klinicznej. W narracjach pielęgniarek pojawia się konstatacja, że opieka nad umierającym nie może być wyłącznie proceduralna, lecz musi być holistyczna, wymaga respektowania indywidualności pacjenta i wspierania jego godności. To zagadnienie ma mocny aspekt etyczny: godność jako wartość niezależna od klinicznego stanu pacjenta. Pielęgniarki opisują, że często stosują „nieskuteczne metody” radzenia sobie z emocjami, co może prowadzić

---

24 Bloomer i in., „Time and Life Is Fragile”, 872–888.

25 Bloomer i in., 872–888.

26 Selin Keskin Kızıltepe i Zeliha Koç, „Intensive Care Nurses’ Experiences Related to Dying Patients: A Qualitative Study”, *OMEGA - Journal of Death and Dying* 88, nr 3 (2021): 1016–1030, <https://doi.org/10.1177/00302228211051856>.

27 Keskin Kızıltepe i Koç, 1016–1030.

do wypalenia moralnego. Wskazuje to na konieczność systemowego wsparcia etycznego, czyli nie tylko indywidualnej refleksji, ale kultury organizacyjnej, w której opieka końca życia jest uznana i wspierana<sup>28</sup>. Wprowadzenie programów edukacji etycznej i refleksyjnego wsparcia dla pielęgniarek OIT jest kluczowe dla zmniejszenia poczucia bezsilności i konfliktu moralnego. Konieczne jest wzmocnienie roli pielęgniarki w zespole decyzyjnym dotyczącym opieki u kresu życia, by nie była jedynie wykonawcą, ale uczestniczką dialogu o wartościach i celach terapii. Należy tworzyć procedury i modele wsparcia obejmujące opiekę nad pacjentem umierającym oraz wsparcie dla zespołu, np. superwizje moralne, grupy debriefingowe, refleksje etyczne po zgonie pacjenta<sup>29</sup>.

W badaniach Fransiski Romany Ratnasari i wsp. (Indonezja) z 2025 roku również zdefiniowano trzy główne kategorie doświadczeń: (1) zmagania z własnymi emocjami (*struggle with self-emotion*); (2) zapewnianie opieki holistycznej rodzinie pacjenta (*providing holistic care to family members*); oraz (3) wyzwania w świadczeniu opieki końca życia (*challenges in providing end-of-life care*)<sup>30</sup>. Pielęgniarki opisują przeżycia emocjonalne, takie jak: współczucie, smutek oraz poczucie bezsilności, towarzyszące opiece nad pacjentem w końcowym okresie życia. Doświadczenia te sprzyjają refleksji nad własną praktyką i prowadzą do pojawienia się pytań: „czy robię wystarczająco dużo?” oraz „czy mogłam postąpić inaczej?”. W konsekwencji opieka nad pacjentem umierającym wykracza poza wymiar proceduralny i nabiera charakteru zobowiązania etycznego, odnoszącego się do takich wartości, jak: godność, szacunek i empatia<sup>31</sup>. Opieka końca życia w OIT wymaga zatem wsparcia społecznego, psychologicznego i duchowego zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Opieka holistyczna jest wyrazem poszanowania wartości osoby ludzkiej nie tylko jako „pacjenta”, ale jako osoby z rodziną, emocjami i potrzebami transcendentnymi. Etycznie istotne jest to, że trudności organizacyjne mogą wpływać na jakość opieki, a więc na realizację takich wartości, jak: dobro pacjenta, godność, sprawiedliwość. To rodzi pytanie o odpowiedzialność instytucji, nie tylko jednostek. Oznacza to, że organizacyjne warunki działania pielęgniarek mają także aspekt moralny<sup>32</sup>. Badanie podkreśla znaczenie zapewnienia pacjentowi możliwości „bycia z rodziną”, obecności bliskich, modlitwy lub chwil ciszy, co pielęgniarki uznawały za istotne. Z perspektywy etyki godność pacjenta w końcu życia

28 Keskin Kızıltepe i Koç, 1016–1030.

29 Keskin Kızıltepe i Koç, 1016–1030.

30 Fransisca Romana Ratnasari i in., „Nurses’ Experiences of End-of-Life Care in ICU”, *NERS Jurnal Keperawatan* 21, nr 1 (2025): 125–131, <https://doi.org/10.25077/njk.v21i1.244>.

31 Ratnasari i in.

32 Ratnasari i in.

nie sprowadza się tylko do fizycznego komfortu, ale także do warunków relacyjnych i duchowych<sup>33</sup>.

W przeglądzie Noemi Giannetty i wsp. wykazano, że pielęgniarki OIT doświadczają od umiarkowanego do wysokiego poziomu stresu moralnego<sup>34</sup>. Z etycznego punktu widzenia oznacza to, że istnieją sytuacje, w których pielęgniarka wie, co powinna zrobić, ale z przyczyn systemowych, proceduralnych lub strukturalnych nie może tego wykonać<sup>35</sup>. To klasyczny dylemat etyczny – obowiązek vs. rzeczywistość. W ramach tego przeglądu zidentyfikowano trzy poziomy wyzwalacze stresu moralnego wśród pielęgniarek: (1) pacjent/rodzina, np. wymogi agresywnej terapii, która może być bezcelowa; (2) zespół/jednostka, np. słaba komunikacja, konflikt w zespole, niewystarczająca współpraca lekarz–pielęgniarka; (3) system/organizacja, np. naciski na redukcję kosztów, brak wystarczających zasobów, przeciążenie pracą. Z kodeksu etyki wynika, że opieka pielęgniarska nie funkcjonuje jedynie na poziomie indywidualnym, ponieważ struktury instytucji mają znaczący wpływ na możliwość działania w zgodzie z własnym sumieniem. Stres moralny powiązany jest z wypaleniem zawodowym, zamiarem odejścia z pracy, obniżeniem satysfakcji zawodowej. Jeśli pielęgniarki są systematycznie narażane na sytuacje, w których nie mogą działać zgodnie ze swoimi przekonaniami moralnymi, to mamy do czynienia z naruszeniem ich integralności zawodowej i godności pracownika. Autorzy podkreślili również, że czynniki, takie jak: większa autonomia zawodowa, wsparcie ze strony przełożonych oraz lepszy klimat etyczny organizacji, są powiązane z niższym poziomem stresu moralnego. Włączanie pielęgniarek w decyzje oraz słuchanie ich i wspieranie moralnie stanowią warunki umożliwiające praktykowanie opieki zgodnej z wartościami. W grupie wyzwalaczy stresu moralnego często wymieniana jest uporczywa terapia (*futile care*) oraz opieka w końcowym okresie życia, czyli sytuacje, w których kontynuowanie działań medycznych może być sprzeczne z dobrem pacjenta<sup>36</sup>. Mapę etycznych czynników stresu moralnego u pielęgniarek OIT przedstawiono w tabeli 2.

---

33 Ratnasari i in., „Nurses’ Experiences of End-of-Life Care in ICU”.

34 Bailey Houghtaling i in., „Improving Fruit and Vegetable Accessibility, Purchasing, and Consumption to Advance Nutrition Security and Health Equity in the United States”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, nr 18 (2022): 11220, <https://doi.org/10.3390/ijerph191811220>.

35 Houghtaling i in.

36 Houghtaling i in.

Tabela 2. Mapa etycznych czynników stresu moralnego u pielęgniarek OIT

Poziom	Czynniki wywołujące stres moralny	Opis sytuacji etycznej	Potencjalne konsekwencje moralne i zawodowe
Pacjent i rodzina	Kontynuowanie terapii mimo braku rokowań  Agresywne podtrzymywanie życia u pacjentów w stanie terminalnym  Brak możliwości kontaktu rodziny z pacjentem	Konflikt między zasadą ratowania życia a godnością i dobrem pacjenta  Brak wpływu na decyzje o zakończeniu terapii	Poczucie winy, bezsilność, żal, utrata sensu zawodowego
Relacje w zespole terapeutycznym	Brak komunikacji i współpracy między lekarzami a pielęgniarkami  Decyzje podejmowane hierarchicznie, bez udziału pielęgniarek  Konflikty wartości w zespole	Naruszenie autonomii zawodowej, brak przestrzeni do refleksji moralnej	Frustracja, stres, wypalenie, dystans emocjonalny
Organizacja i system ochrony zdrowia	Naciski ekonomiczne i proceduralne  Braki kadrowe i nadmierne obciążenie pracą  Brak konsultacji etycznych i wsparcia ze strony przełożonych	Ograniczona możliwość działania zgodnie z sumieniem  Etyczne decyzje podporządkowane systemowym wymogom	Chroniczny stres moralny, wypalenie, odejście z zawodu

ciąg dalszy na następnej stronie

Tabela 2. Mapa etycznych czynników stresu moralnego u pielęgniarek OIT (cd.)

Poziom	Czynniki wywołujące stres moralny	Opis sytuacji etycznej	Potencjalne konsekwencje moralne i zawodowe
Wymiar osobisty i emocjonalny	Własne przekonania religijne i moralne  Poczucie odpowiedzialności za pacjenta i rodzinę  Brak umiejętności radzenia sobie z emocjami	Konflikt między wartościami osobistymi a zawodowymi  Trudność w zachowaniu integralności moralnej	Wypalenie moralne, lęk, obniżone poczucie kompetencji etycznej
Klimat etyczny instytucji	Brak kultury etycznego dialogu  Niedostateczne wsparcie moralne ze strony kierownictwa  Brak jasnych procedur końca życia	Brak ram etycznych dla decyzji klinicznych  Instytucjonalne milczenie wobec dylematów	Wysoki poziom stresu moralnego, erozja wartości, obniżenie jakości opieki

Źródło: opracowanie własne.

Należy zatem stwierdzić, że przedłużania życia nie zawsze jest zgodne z dobrem pacjenta, szczególnie gdy terapia prowadzi jedynie do podtrzymywania funkcji życiowych bez poprawy jakości życia.

W niniejszym opracowaniu uwzględniono również przegląd systematyczny dotyczący stresu moralnego pielęgniarek pracujących w OIT przed i podczas pandemii COVID-19<sup>37</sup>. Autorzy wskazali, że pielęgniarki OIT często doświadczają sytuacji, w których znają „właściwe działanie”, ale nie mogą go podjąć z powodu ograniczeń proceduralnych, organizacyjnych lub związanych z kryzysem pandemicznym. To klasyczny dylemat etyczny – posiadanie wiedzy moralnej, ale brak możliwości jej realizacji. W okresach przed i podczas pandemii jednym z głównych czynników wywołujących stres moralny była sytuacja, gdy leczenie wydaje się „bezcelowe” (*futile care*) lub gdy decyzje o końcu życia są niejasne. Opieka paliatywna i kwestia właściwego zakończenia

37 Beheshtaeen i in., „Moral Distress Among Critical Care Nurses Before and During the COVID-19 Pandemic”, 613–634.

terapii to obszary silnie nacechowane moralnie<sup>38</sup>. Pandemia COVID-19 wprowadziła nowe czynniki etyczne: strach przed zakażeniem i przeniesieniem wirusa, ogromna liczba pacjentów, niedobory zasobów, konieczność triażu, ograniczone kontakty rodzinne z pacjentami. Te czynniki wzmogły stres moralny u pielęgniarek, np. w związku z koniecznością ograniczenia odwiedzin rodziny czy izolacji pacjenta, co koliduje z wartościami godności i obecności. W pracach wykazano brak współdecydowania, słabą komunikację w zespole, hierarchiczne struktury. Efektywna opieka moralna wymaga, by pielęgniarka miała głos w decyzjach i by system wspierał moralne działanie, a nie je blokował. Stres moralny prowadzi do wypalenia zawodowego, rezygnacji z pracy, obniżenia jakości opieki, co ma też wymiar etyczny – jeśli pielęgniarki są zmuszone działać w sposób sprzeczny z własnym sumieniem, to cierpi nie tylko ich dobrostan, ale też dobro pacjenta i całego systemu<sup>39</sup>.

Fabio Di Cristofaro i wsp. w 2025 roku<sup>40</sup> wykazali, że pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej, także na OIT, doświadczają istotnego poziomu stresu moralnego. Stres ten nie wynika tylko z obciążenia pracą, lecz z sytuacji, w których personel nie może działać zgodnie ze swoim rozumieniem dobra pacjenta (np. kontynuacja terapii bez szans, brak czasu, presja rodziny)<sup>41</sup>. Natomiast z perspektywy etycznej jest to sytuacja, w której pielęgniarka wie, jakie działanie byłoby moralnie właściwe, jednak nie może go podjąć, co prowadzi do doświadczenia stresu moralnego.

Autorzy dokonali próby pogrupowania czynników stresu moralnego na poziomie indywidualnym, zespołowym i systemowym.

1. Na poziomie indywidualnym występują: poczucie winy, brak przygotowania do zgonu pacjenta, emocje<sup>42</sup>.
2. Na poziomie zespołowym występują: słaba komunikacja, decyzje podejmowane bez udziału pielęgniarki, brak wspólnej refleksji nad przypadkiem.
3. Na poziomie systemowym występują: zasoby ograniczone, struktury nieprzystosowane do etycznych debat, brak miejsca na refleksję.

Ponadto wskazano jasno, że warunki organizacyjne mają wpływ na możliwość działania pielęgniarki w zgodzie z wartościami, co pokazuje, że problem jest nie tylko „osobisty”, ale strukturalny. Następstwa stresu moralnego są czynnikiem mającym

---

38 Beheshtaeen i in., 613–634.

39 Beheshtaeen i in., 613–634.

40 Fabio Di Cristofaro i in., „Nurses’ Moral Distress in Palliative Care: A Systematic Review of Prevalence, Contributing Factors, and Consequences”, *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences* 2, nr 6 (2025): 335–345, <https://doi.org/10.32598/jnacs.2505.1149>.

41 Di Cristofaro i in., 335–345.

42 Di Cristofaro i in., 335–345.

wpływ na wycofanie emocjonalne, utratę poczucia sensu pracy, wypalenie zawodowe, pogorszenie jakości opieki. Oznacza to, że jeśli pielęgniarka nie może działać zgodnie ze swoim sumieniem, to nie tylko cierpi ona, ale i pacjent, który może nie otrzymać opieki zgodnej z wartościami godności i autonomii<sup>43</sup>.

Wytyczne opublikowane przez Andrzeja Küblera i wsp. w 2014 oraz 2022 roku stanowiły przełomowy dokument w polskiej praktyce intensywnej terapii, wprowadzając standardy etycznego postępowania w sytuacjach, w których dalsze leczenie staje się daremne (*futile therapy*)<sup>44</sup>. Celem intensywnej terapii nie jest przedłużanie życia biologicznego za wszelką cenę, lecz działanie dla dobra pacjenta w granicach medycznego sensu i godności osoby. Zgodnie z wytycznymi terapia daremna oznacza działania, które nie rokują poprawy stanu pacjenta, nie prowadzą do odzyskania świadomości ani samodzielności, a jedynie przedłużają proces umierania. Zaniechanie takich działań nie jest eutanazją, lecz etycznie i prawnie dopuszczalnym uznaniem naturalnego kresu życia, zgodnym z zasadą „nie szkodzić” i poszanowaniem godności chorego. Decyzje o uznaniu terapii za daremną powinny być podejmowane zespołowo, w oparciu o obiektywną ocenę kliniczną całego zespołu terapeutycznego. Proces decyzyjny powinien być transparentny, odpowiednio udokumentowany i poprzedzony rzetelną komunikacją z rodziną pacjenta. Zakończenie terapii daremnej nie oznacza przerwania opieki, wręcz przeciwnie – stanowi moment przejścia do opieki paliatywnej, skoncentrowanej na łagodzeniu cierpienia, wsparciu emocjonalnym i duchowym oraz zapewnieniu spokojnego umierania. Autorzy podkreślają, że „zaniechanie działań bezcelowych nie oznacza zaprzestania opieki”. W ujęciu etycznym i prawnym dokument ten wyraźnie rozgranicza działania terapeutyczne od moralnie uzasadnionego odstąpienia od procedur podtrzymujących życie, gdy nie przynoszą one pacjentowi korzyści. Wytyczne potwierdzają, że poszanowanie godności pacjenta, całościowa odpowiedzialność zespołu oraz komunikacja z rodziną stanowią fundament etycznej opieki w intensywnej terapii<sup>45</sup>. Tabela 3 przedstawia aspekty etyczne pracy w OIT

---

43 Di Cristofaro i in., „Nurses’ Moral Distress in Palliative Care”, 335–345.

44 Maria Damps i in., „Limiting Futile Therapy as Part of End-of-Life Care in Intensive Care Units”, *Anaesthesiology Intensive Therapy* 54, nr 3 (wrzesień 2022): 279–284, <https://doi.org/10.5114/a.it.2022.119124>; Kübler i in., „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów”, 229–234.

45 Damps i in., „Limiting Futile Therapy as Part of End-of-Life Care in Intensive Care Units”, 279–284; Kübler i in., „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów”, 220–228; Zespół Ekspertów KEP ds. Bioetycznych, *Zaprzestanie terapii daremnej nie może być utożsamiane z eutanazją* (18 czerwca 2018), dostęp 13 listopada 2025, <https://episkopat.pl/doc/180660.zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-u-utozsamiane-z-eutanazja>; Rzeczniku Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, t. 4 (2021), <https://www.nfz-rzeszow.pl/files/komunikaty>

Tabela 3. Przegląd badań dotyczących doświadczeń pielęgniarek intensywnej terapii w opiece końca życia w ujęciu etycznym w latach 2014–2025

Autor, rok publikacji	Kraj/kontekst	Metoda badawcza	Zakres badania	Główne wyniki	Wnioski etyczne/implikacje
Xu i in., 2025	Chiny	Jakościowe wywiady półstrukturalne	Doświadczenia pielęgniarek OIT w opiece nad umierającymi pacjentami	Trudności komunikacyjne z rodziną, brak wsparcia psychicznego, dylematy między obowiązkiem leczenia a empatią wobec cierpienia	Potrzeba szkoleń etycznych i protokołów komunikacji; znaczenie kulturowych uwarunkowań decyzji końca życia
Alanazi i in., 2024	Arabia Saudyjska	Jakościowe (wywiady indywidualne)	Percepcja pielęgniarek wobec pacjentów terminalnych w OIT	Silne emocje (smutek, bezsilność), konflikty wartości, wpływ religii i rodziny na decyzje	Konieczność wsparcia psychologicznego i etycznego, uwzględnienie aspektów kulturowych i duchowych w OIT
Bloomer i in., 2023	Australia	Przegląd integracyjny	Doświadczenia pielęgniarek po śmierci pacjenta w OIT	Żal, bezsilność, stres moralny, brak debriefingu po zgonach	Wprowadzenie formalnych procedur wsparcia i refleksji etycznej po śmierci pacjenta
Palmryd i in., 2021	Szwecja	Jakościowe fenomenologia, wywiady	Pojmowanie „integralności” i „godności” pacjenta w ostatnich chwilach życia	Godność rozumiana jako autonomia, cisza, obecność i autentyczność relacji	Etyka cnót i troski – rola empatii i autentycznego bycia z pacjentem w procesie umierania
Kızıltepe i in., 2021	Turcja	Jakościowe pielęgniarki OIT	Doświadczenia etyczne w pracy z pacjentami terminalnymi	Konflikty moralne między rodziną, lekarzem a pielęgniarką; presja decyzji o terapii daremnej	Potrzeba konsultacji etycznych i wsparcia decyzyjnego; szkolenia w zakresie komunikacji z rodziną

ciąg dalszy na następnej stronie

Tabela 3. Przegląd badań dotyczących doświadczeń pielęgniarek intensywnej terapii w opiece końca życia w ujęciu etycznym w latach 2014–2025 (cd.)

Autor, rok publikacji	Kraj/kontekst	Metoda badawcza	Zakres badania	Główne wyniki	Wnioski etyczne/implikacje
Ratnasari i in., 2025	Indonezja	Jakościowe (studium przypadku)	Postrzeganie roli pielęgniarki OIT w opiece końca życia	Brak przygotowania do rozmów o śmierci, emocjonalne wyczerpanie, brak protokołów	Wymagane szkolenia z etyki, empatii i wsparcia duchowego; potrzeba włączenia opieki paliatywnej do OIT
Giannetta i in., 2022	Europa	Przegląd systematyczny	Poziom stresu moralnego wśród pielęgniarek OIT	Wysoki poziom stresu moralnego powiązany z terapią daremną, brakiem autonomii i konfliktem wartości	Interwencje redukujące stres moralny i szkolenia z rozumowania etycznego
Beheshtaeen i in., 2024	Globalny	Przegląd systematyczny	Stres moralny pielęgniarek intensywnej terapii	Stres moralny jako stały element pracy z pacjentem umierającym	Wsparcie etyczne i organizacyjne powinno być integralną częścią polityki szpitalnej
Di Cristofaro i in., 2025	Włochy	Przegląd systematyczny	Stres moralny w opiece paliatywnej i intensywnej	Uporczywa terapia i brak jasnych decyzji etycznych jako główne źródła stresu	Potrzeba etycznych konsultacji zespołowych i superwizji
Kübler i in., 2014	Polska	Ekspercki dokument – wytyczne	Ograniczanie terapii daremnej i decyzje końca życia w OIT	Brak jednoznacznych procedur etycznych w Polsce	Potrzeba ujednoczenia zasad etycznych i edukacji personelu w zakresie opieki końca życia

Źródło: opracowanie własne.

w kontekście dylematów moralnych, stresu etycznego oraz troski o godność pacjenta, na podstawie artykułów opublikowanych w latach 2014–2025.

## 2. Dyskusja

Analiza pokazuje, że we wszystkich kontekstach kulturowych pielęgniarki OIT doświadczają podobnych wyzwań moralnych. Najczęściej wskazywanym problemem jest tzw. brak sprawczości w decyzjach o zakończeniu terapii oraz uczestnictwo w leczeniu postrzeganym jako bezcelowe<sup>46</sup>. Badania dowodzą, że wsparcie ze strony zespołu i dostęp do konsultacji etycznych mogą znacznie zmniejszyć poziom stresu moralnego<sup>47</sup>. W Polsce brakuje procedur dotyczących zaprzestania terapii daremnej, a rola pielęgniarki w decyzjach klinicznych jest ograniczona<sup>48</sup>. Analiza badań pozwala dostrzec wspólne wątki w doświadczeniach pielęgniarek w opiece nad osobami w ostatnim okresie życia, a także znaczące różnice wynikające z uwarunkowań kulturowych, systemowych i etycznych. Pielęgniarki doświadczają stresu moralnego związanego z wykonywaniem interwencji, które postrzegają jako daremne lub sprzeczne z dobrem pacjenta. Zarówno prace azjatyckie<sup>49</sup>, jak i europejskie<sup>50</sup> wskazują, że terapia uporczywa, czyli kontynuowanie leczenia mimo braku rokowań, stanowi główne źródło obciążenia psychicznego. Ta sprzeczność generuje poczucie bezsilności, frustracji i dylematy etyczne, czy kontynuować leczenie, które przedłuża życie, ale nie zmniejsza cierpienia? Badania<sup>51</sup> pokazują, że pielęgniarki postrzegają godność jako kluczową wartość. Godność pacjenta wiąże się nie tylko z fizycznym komfortem, lecz także z możliwością wyboru, obecnością rodziny i spokojną atmosferą. W ujęciu etyki cnót i troski pielęgniarki odczuwają potrzebę „bycia z pacjentem”, a nie tylko „robienia

---

/2021/Za%C5%82%C4%85cznik\_2.%20standardy%202021%20-%20cz%C4%99%C5%9B%C4%87%20iv.pdf.

- 46 Palmryd i in., „Integrity at End of Life in the Intensive Care Unit”.
- 47 Beheshtaeen i in., „Moral Distress Among Critical Care Nurses Before and During the COVID-19 Pandemic”, 613–634.
- 48 Kübler i in., „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów”, 220–228; Zespół Ekspertów KEP ds. Bioetycznych, *Zaprzestanie terapii daremnej nie może być utożsamiane z eutanazją*.
- 49 Xu i in., „Experiences of Providing End-of-Life Care in Adult Intensive Care Units”, 768; Ratnasari i in., „Nurses’ Experiences of End-of-Life Care in ICU”.
- 50 Giannetta i in., „Moral Distress Scores of Nurses Working in Intensive Care Units for Adults Using Corley’s Scale”, 10640; Palmryd i in., „Integrity at End of Life in the Intensive Care Unit”.
- 51 Palmryd i in.; Keskin Kızıltepe i Koç, „Intensive Care Nurses’ Experiences Related to Dying Patients”, 1016–1030.

czegoś dla pacjenta”. Ta postawa sprzyja autentycznej relacji, ale bywa utrudniona w realiach intensywnej terapii, gdzie dominuje presja procedur i technologii. Badania przeprowadzone w krajach muzułmańskich<sup>52</sup> ujawniają silne uwarunkowania kulturowe i religijne w podejściu do śmierci. Rodziny oczekują „ratowania za wszelką cenę”, co utrudnia decyzje o ograniczeniu terapii. W kulturach zachodnich (Szwecja, Australia) większy nacisk kładzie się na autonomię pacjenta i współdecydowanie, jednak nawet tam pielęgniarki wskazują na brak wsparcia systemowego w procesie komunikacji z rodziną i zespołem. W badaniach<sup>53</sup> wskazuje się na brak protokołów i wytycznych dotyczących opieki końca życia w OIT. Pielęgniarki czują się nieprzygotowane do prowadzenia rozmów o śmierci i decyzjach etycznych, co pogłębia ich stres moralny. Autorzy przeglądów<sup>54</sup> podkreślają potrzebę edukacji etycznej i komunikacyjnej oraz wprowadzenia strukturalnego wsparcia, np. grup refleksyjnych (*ethics debriefing*), konsultacji etycznych czy superwizji zespołowej. Publikacja Küblera i wsp.<sup>55</sup> ujawnia, że w Polsce brakuje jednolitych standardów dotyczących decyzji o ograniczaniu terapii daremnej i formalnych procedur komunikacji z rodziną. Mimo że Kodeks Etyki Lekarskiej dopuszcza zaniechanie uporczywej terapii, to w praktyce nadal dominuje model „ratowania za wszelką cenę”. Dla pielęgniarek oznacza to konieczność funkcjonowania w szarej strefie etycznej między obowiązkiem lojalności wobec zespołu lekarskiego a wewnętrznym przekonaniem o konieczności łagodzenia cierpienia pacjenta<sup>56</sup>. Poprawa jakości opieki końca życia na OIT wymaga: wdrożenia jasnych wytycznych (np. ESICM, 2024) i standardów etycznych; szkoleń interdyscyplinarnych z zakresu etyki, komunikacji i opieki paliatywnej; stworzenia kultury refleksji etycznej – systematycznych debriefingów, konsultacji etycznych i wsparcia psychologicznego; oraz uwzględnienia duchowych i emocjonalnych potrzeb personelu, co sprzyja budowaniu empatii i odporności moralnej. Zostało to jasno określone w *The ICN Code of Ethics*

---

52 Rizkianti i in., „Pengalaman Perawat Dalam Menghadapi Dilema Etik Pada Pasien Paliative Di ICU”, 3107–3121; Xu i in., „Experiences of Providing End-of-Life Care in Adult Intensive Care Units”, 768.

53 Giannetta i in., „Moral Distress Scores of Nurses Working in Intensive Care Units for Adults Using Corley’s Scale”, 10640; Ratnasari i in., „Nurses’ Experiences of End-of-Life Care in ICU”; Di Cristofaro i in., „Nurses’ Moral Distress in Palliative Care”, 335–345.

54 Beheshtaeen i in., „Moral Distress Among Critical Care Nurses Before and During the COVID-19 Pandemic”, 613–634; Bloomer i in., „Time and Life Is Fragile”, 872–888.

55 Kübler i in., „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów”, 220–228.

56 Kübler i in., 220–228.

*for Nurses*<sup>57</sup>, który wskazuje m.in. na obowiązek łagodzenia cierpienia, poszanowania autonomii oraz równości w dostępie do opieki – również u kresu życia.

Badania dowodzą, że doświadczenia pielęgniarek intensywnej terapii w opiece końca życia mają głęboki wymiar etyczny, w którym splatają się wartości, emocje i realia kliniczne. Etyka opieki nie polega tylko na podejmowaniu decyzji o życiu i śmierci, lecz na chronieniu godności człowieka w granicznych sytuacjach, w których technologia spotyka się z człowieczeństwem. Opieka pielęgniarki intensywnej terapii nad pacjentem umierającym jest nie tylko działaniem medycznym, lecz także głęboko moralnym aktem troski o godność człowieka w obliczu granic życia i śmierci. Należy jednak podkreślić, że uwarunkowania systemowe, w tym organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej, mogą pośrednio wpływać na warunki sprawowania opieki, co w skrajnych przypadkach może prowadzić do takich zjawisk jak pominięta opieka pielęgniarska.

### 3. Wskazanie dla praktyki klinicznej

Na podstawie przeanalizowanej literatury można wskazać kluczowe implikacje dla praktyki klinicznej, ukierunkowane na ograniczenie stresu moralnego oraz poprawę jakości opieki nad pacjentem u kresu życia:

1. Konieczne jest wdrażanie systemowego wsparcia dla personelu pielęgniarskiego, obejmującego m.in. pomoc psychologiczną z uwzględnieniem uwarunkowań religijnych i kulturowych.
2. Istotne jest rozwijanie poprzez aktualne i profesjonalne szkolenia kompetencji komunikacyjnych personelu, szczególnie w zakresie prowadzenia rozmów z rodziną pacjenta oraz uczestnictwa w procesie decyzyjnym dotyczącym opieki końca życia.
3. Instytucje ochrony zdrowia powinny podejmować działania ukierunkowane na redukcję stresu moralnego, takie jak: konsultacje etyczne, superwizje oraz tworzenie grup wsparcia dla personelu.
4. Należy wzmacniać świadomie i dojrzałe autonomię zawodową pielęgniarek oraz ich udział w podejmowaniu decyzji klinicznych.
5. Kluczowe znaczenie ma kształtowanie sprzyjającego środowiska pracy, obejmującego właściwy klimat etyczny, efektywną komunikację oraz współpracę w zespole terapeutycznym.

---

57 International Council of Nurses, „The ICN Code of Ethics for Nurses”, 2021, dostęp 12 listopada 2025, [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf?utm_source=chatgpt.com).

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy literatury sformułowano następujące wnioski:

1. Doświadczenia pielęgniarek OIT mają wyraźny wymiar etyczny, w którym dominują konflikty wartości między obowiązkiem ratowania życia a troską o godność chorego.
2. Stres moralny stanowi istotny element doświadczenia zawodowego pielęgniarek OIT i wynika głównie z uczestnictwa w terapii uporczywej oraz ich ograniczonego wpływu na decyzje dotyczące zakończenia leczenia.
3. Brak jasnych wytycznych oraz niedostateczne wsparcie decyzyjne potęgują poczucie bezradności i nasilają konflikty moralne w praktyce zawodowej pielęgniarek.

## References/Bibliografia

- Alanazi, Naif H. „Intensive Care Unit Nurses’ Experiences in Caring for End-of-Life Patients in Saudi Arabia: A Qualitative Study”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 21, nr 7 (2024): 931. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070931>.
- Beauchamp, Tom L. *Principles of Biomedical Ethics*. 8 wyd. Redakcja James F. Childress. Oxford University Press, 2019.
- Beheshtaeen, Fatemeh, Camellia Torabizadeh, Sahar Khaki, Narjes abshorshori i Fatemeh Vizehfar. „Moral Distress Among Critical Care Nurses Before and During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review”. *Nursing Ethics* 31, nr 4 (2024): 613–634. <https://doi.org/10.1177/09697330231221196>.
- Bloomer, Melissa J., Kristen Ranse, Leah Adams, Laura Brooks i Alysia Coventry. „‘Time and Life Is Fragile’: An Integrative Review of Nurses’ Experiences After Patient Death in Adult Critical Care”. *Australian Critical Care* 36, nr 5 (2023): 872–888. <https://doi.org/10.16/j.aucc.2022.09.008>.
- Damps, Maria, Maksymilian Gajda, Ludwik Stołtny, Małgorzata Kowalska i Ewa Kucewicz-Czech. „Limiting Futile Therapy as Part of End-of-Life Care in Intensive Care Units”. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 54, nr 3 (wrzesień 2022): 279–284. <https://doi.org/10.5114/ait.2022.119124>.
- Di Cristofaro, Fabio, Laura Davoli, Jessica Elisabetta Esposito i Cristina Pedroni. „Nurses’ Moral Distress in Palliative Care: A Systematic Review of Prevalence, Contributing Factors, and Consequences”. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences* 2, nr 6 (2025): 335–345. <https://doi.org/10.32598/jnacs.2505.1149>.
- Giannetta, Noemi, Giulia Villa, Loris Bonetti i in. „Moral Distress Scores of Nurses Working in Intensive Care Units for Adults Using Corley’s Scale: A Systematic Review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, nr 17 (2022): 10640. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>.
- Houghtaling, Bailey, Matthew Greene, Kaustubh V. Parab i Chelsea R. Singleton. „Improving Fruit and Vegetable Accessibility, Purchasing, and Consumption to Advance Nutrition Security and Health Equity in the United States”. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health* 19, nr 18 (2022): 11220. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811220>.
- International Council of Nurses. „The ICN Code of Ethics for Nurses”, 2021. Dostęp 12 listopada 2025. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf?utm_source=chatgpt.com).
- Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium Vitae*. Libreria Editrice Vaticana, 1995. [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html).
- Kesecioglu, Jozef, Katerina Rusinova, Daniela Alampi i in. „European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit”. *Intensive Care Medicine* 50, nr 11 (październik 2024): 1740–1766. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>.
- Keskin Kızıltepe, Selin i Zeliha Koç. „Intensive Care Nurses’ Experiences Related to Dying Patients: A Qualitative Study”. *OMEGA - Journal of Death and Dying* 88, nr 3 (2021): 1016–1030. <https://doi.org/10.1177/00302228211051856>.
- Kisorio, Leah C. i Gayle C. Langley. „Intensive Care Nurses’ Experiences of End-of-Life Care”. *Intensive and Critical Care Nursing* 33 (2016): 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>.
- Kübler, Andrzej, Jacek Siewiera, Grażyna Durek, Krzysztof Kusza, Mariusz Piechota i Zbigniew Szkulmowski. „Wytuczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 46, nr 4 (2014): 229–234.
- Naczelna Izba Lekarska. *Kodeks etyki lekarskiej*. Naczelna Izba Lekarska, 2025.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych Wydawca. *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 2023.
- Ozga, Dorota, Krystyna Woźniak i Piotr Jerzy Gurowiec. „Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study”. *Global Advances in Health and Medicine* 9 (2020). <https://doi.org/10.1177/2164956120916176>.
- Palmryd, Lena, Åsa Rejnö i Tove E. Godskesen. „Integrity at End of Life in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Nurses’ Views”. *Annals of Intensive Care* 11, nr 1 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00802-y>.
- Ratnasari, Fransisca Romana, Janet Citra Maria i Yenni Ferawati Sitanggang. „Nurses’ Experiences of End-of-Life Care in ICU”. *NERS Jurnal Keperawatan* 21, nr 1 (2025): 125–131. <https://doi.org/10.25077/njk.v21i1.244>.
- Rizkianti, Intan, Lurdes Acorta Freitas, Fitri Sesilia i in. „Pengalaman Perawat Dalam Menghadapi Dilema Etik Pada Pasien Paliative Di ICU: A Scoping Review”. *MAHESA: Malabiyati Health Student Journal* 5, nr 7 (2025): 3107–3121. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i7.18922>.
- Rzeczniku Praw Pacjenta. *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*. T. 4. 2021. [https://www.nfz-rzeszow.pl/files/komunikaty/2021/Za%C5%82%C4%85cznik\\_2.%20standardy%202021%20-%20cz%C4%99%C5%9B%C4%87%20iv.pdf](https://www.nfz-rzeszow.pl/files/komunikaty/2021/Za%C5%82%C4%85cznik_2.%20standardy%202021%20-%20cz%C4%99%C5%9B%C4%87%20iv.pdf).
- World Health Organization. *Palliative Care*, 5 sierpnia 2020. Dostęp 3 maja 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Xu, Dan-Dan, Jin Li, Xin-Bo Ding i in. „Experiences of Providing End-of-Life Care in Adult Intensive Care Units: A Qualitative Study”. *BMC Nursing* 24, nr 1 (2025): 768. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03340-1>.

Zespół Ekspertów KEP ds. Bioetycznych. *Zaprzestanie terapii daremnej nie może być utożsamiane z eutanazją*. 18 czerwca 2018. Dostęp 13 listopada 2025. <https://episkopat.pl/doc/180660.zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja>.